



COLEGIO UNIVERSITARIO - SOCORRO SANTANDER

INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS PARA EL AÑO 2021

FECHA: _____ Solicitud de cupo para grado _____
 Marque con una (X)

TRº	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	CICLO	C3	C4	C5	C6

Indique con una (X) la Sede y Jornada en la cual Solicita el Cupo

<input type="checkbox"/> SEDE A: COLEGIO UNIVERSITARIO	JORNADA: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Nocturna	Proviene del Colegio / Hogar
<input type="checkbox"/> SEDE B: CONCENTRACIÓN ESCOLAR KENNEDY	<input type="checkbox"/> BICENTENARIO	
<input type="checkbox"/> SEDE C: CONCENTRACIÓN ESCOLAR COMUNEROS		
<input type="checkbox"/> SEDE D: INSTITUTO COOPERATIVO CACIQUE CHANCHON	JORNADA: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde	

DATOS DEL ESTUDIANTE

APellidos y Nombres: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. T.I. R.C. C.E. Número _____ Expedido _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ Municipio _____ Dpto. _____ Género M F

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____ Municipio _____ Barrio o Vereda _____

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular _____ Estrato _____ Nivel _____ Puntaje Sisben _____

Seguro de Salud _____ Tipo de Sangre: _____

POBLACIÓN VICTIMA DEL CONFLICTO <input type="checkbox"/> Desvinculados de grupos armados <input type="checkbox"/> En situación de Desplazamiento <input type="checkbox"/> Hijos de Adultos Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de Minas <input type="checkbox"/> NO APLICA	CAPACIDADES EXCEPCIONALES <input type="checkbox"/> Tal. Excepcional en Tecnología <input type="checkbox"/> Tal. Liderazgo Social y emprend. <input type="checkbox"/> Tal. Ciencias Naturales o Básicas <input type="checkbox"/> Tal. Artes o Letras <input type="checkbox"/> Tal. Actividad Física- Deporte <input type="checkbox"/> Tal. Ciencias Sociales o Humanas	DISCAPACIDADES <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual <input type="checkbox"/> Sordo-ceguera <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad Psicosocial <input type="checkbox"/> Discapacidad Múltiple <input type="checkbox"/> NO APLICA	
RESGUARDO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? <input type="checkbox"/> NO APLICA	ETNIA <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? <input type="checkbox"/> NO APLICA	ESTA VINCULADO CON EL ICBF SI <input type="checkbox"/> Fecha: _____ NO <input type="checkbox"/>	
		REQUIERE PAE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REQUIERE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> RUTA _____

DATOS FAMILIARES

PADRE	_____	C.C. _____	Exp. _____	No. Celular _____
MADRE	_____	C.C. _____	Exp. _____	No. Celular _____
ACUDIENTE	_____	C.C. _____	Exp. _____	No. Celular _____
FIRMA	_____	C.C. _____	Exp. _____	No. Celular _____

